

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- N° 000732

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2783 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHLOU AHMED

Date de naissance :

29-07-1955

Adresse :

30c B N° 102 Cte ALHAOUA Agadir

Tél. : 06 61371414

Total des frais engagés : 101846,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. LAGDANI Abderrahman**  
Neurochirurgien  
47, Appt. N° 2, Bd. 29 Fevrier, Talborj  
AGADIR - Tél: 05 28 84 68 00

Cachet du médecin :

Date de consultation :

30/11/2023

Nom et prénom du malade :

LAHLOU Ahmed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Maladie

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR

Le : 29/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : LAHLOU Ahmed

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 000732

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Parfait état des Volets
30/11/23			250 DM	Dr. LAGDANI Abderrahman Médecin Neurochirurgien des Volets Appt. N° 41 AGADIR - Tel: 05 29 84 68 00 INPE : 041088188

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTAWHID Dr. TOUGHRIF Kilia 348 bis, Sidi El Houda El Houda Tél: 05 29 32 70 02 - AGADIR ICE: 000421238000018	30-11-23	596.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

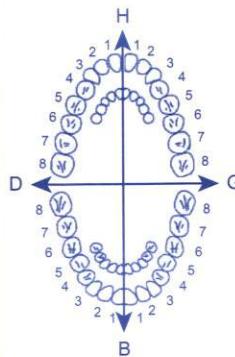
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

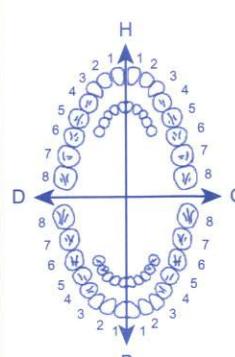
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahman LAGDANI

Neurochirurgien

الدكتور عبد الرحمن لگداني

جراحة الدماغ والأعصاب

ORDONNANCE

Agadir, le

30/11/23

أكادير، في :

Dr. LAGDANI  
Agadir

134,180 x 2

Non Renouvelable

Nos trop peu de

Arg x 21

2 m

163,20 x 2

Centeph

180/

2 m

596,00

Rendez - Vous le :

Dr. LAGDANI Abderrahman  
Neurochirurgien  
47, App. N° 2 Bd 29 Février Talborjt  
AGADIR Tel: 05 28 84 68 00  
INPE : 041088188

PHARMACIE ATTAWHID  
Dr. TC / 29 Février  
348 bis Bd 29 Février Agadir  
Tel: 05 28 84 68 02 - GSM : 06 61 20 46 40  
ICE: 00021238000018

Dr. Abderrahman LAGDANI

Neurochirurgien

ICE: 001769379000043

الدكتور عبد الرحمن لگداني

جراحة الدماغ والأعصاب

Note d'honoraires

Nº 012670

Agadir, le :

30/01/23

Identité

Dr LADHOU Rhmed

Clinique

Pour

Consultation

DR. LAGDANI Abderrahman  
Neurochirurgien  
47, App. N°2, Bd 29 Février  
Talborjt - AGADIR  
Tél: 05 28 84 68 00

Montant :

250 DH (Deux cent cinquante DH)

SERDEP® 20 mg  
fluoxétine chlorhydrate  
28 gélules



6 118000 230212

# SERDEP®

fluoxétine chlorhydrate

LOT : 08422007  
PER : 12/2025  
PPU : 163,20 DH

# SERDEP® 20

fluoxétine chlorhydrate

SERDEP® 20 mg  
fluoxétine chlorhydrate  
28 gélules



6 118000 230212

LOT : 08422006  
PER : 12/2025  
PPU : 163,20 DH

LOT 231045 1  
EXP 03 2027  
PPV 134.80

NOOTROPYL 800 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
AMM N° 405/16 DMP/21/NRQ



6 118000 020738

LOT 224109 1  
EXP 11 2026  
PPV 134.80

NOOTROPYL 800 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
AMM N° 405/16 DMP/21/NRQ



6 118000 020738